

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

1939
ANNÉE 1940

THESE

N°

774

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Georges DUBOIS

Né le 22 Avril 1915, à Charrency (Saône et Loire)

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

L'ANOREXIE MENTALE

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE. Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, Boulevard Saint-Germain, 91

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Georges DUBOIS

Né le 22 Avril 1915, à Charrency (Saône et Loire)

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

L'ANOREXIE MENTALE

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE. Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, Boulevard Saint-Germain, 91

1940



LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GREGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne).	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto - rhino - laryngologie.
BESANÇON (Justin).	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY ...	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE (Roger).	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOLLARET ...	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ (H.)	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT - DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophtalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
FUNCK - BRENTANO.	Pathologie chirurgicale.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
Mlle GAUTHIER-VILLARS,	Anatomie pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
GUENIOT	Obstétrique.	PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
HEITZ-BOYER ..	Pathologie chirurgicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	Clinique médicale	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULE		BROCQ	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		FEY	
CHEVALLIER ...		GATELLIER	
DONZELOT		de GAUDART ..	
DUVOIR		d'ALLAINES ..	
GASTINEL		LEVEUF	
LAROCHE (G.) ..		MOULONGUET ..	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SEZARY			
	MM.		
	EGALLE	Clinique obstétricale.	
	METZGER		
	PORTES		
	VIGNES		

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT ,agrége		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
RUPPE		Stomatologie.
WEIL-HALLE		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital de la Pitié
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

*Hommage de notre fidèle et
respectueuse reconnaissance.*

A NOS MAITRES D'EXTERNAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TOUPET.

MONSIEUR LE DOCTEUR PRUVOST.

IN MÉMORIAM DOCTEUR PINARD.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ABRAMI.

Contribution à l'Etude de l'Anorexie Mentale

INTRODUCTION

On a tenté au cours de ces dernières années de ramener la maigreur progressive par anorexie à la base organique caractérisée par le syndrome de SIMMONDS dont l'aboutissant pathologique le plus marqué est la cachexie hypophysaire, la terminaison fréquemment mortelle.

Cependant, à côté de la cachexie hypophysaire véritable, il n'en reste pas moins qu'il existe toute une série de cas dans lesquels l'anorexie n'est que le résultat d'un état psychopathique fruste réalisant le tableau de ce que CHARCOT avait appelé : « L'Inappétence hystérique ».

On s'est souvent servi pour démontrer l'étiologie hypophysaire de l'anorexie mentale d'un argument thérapeutique : la rétrocession des phénomènes devant l'opothérapie hypophysaire.

Il est à remarquer cependant que dans les cas que nous pourrions appelés « Anorexie mentale idiopa-

thique » la médication hypophysaire seule ne suffit pas à entraîner la disparition du syndrome d'inappétence, mais qu'il importe essentiellement de réaliser l'isolement du malade en accompagnant cette cure purement psychiatrique d'une cure de réalimentation graduée et progressive, systématiquement surveillée.

Dans ces cas, la médication hypophysaire ne joue plus qu'un rôle d'appoint. Tous traitements visant à renforcer les moyens de défense de l'organisme auraient donné des résultats équivalents. Les Américains, négligeant la médication hypophysaire appliquent la cure d'isolement dans l'obscurité de Neubauer, l'accompagnant d'injections de sérum glucosé à haute dose.

Nous nous proposons d'examiner succinctement les arguments tendant à ramener tous les cas d'anorexie mentale à un syndrome hypophysaire plus ou moins fruste et de montrer qu'il existe un élément purement psychiatrique dans un très grand nombre de ces cas.

DEFINITION — DELIMITATION — HISTORIQUE

On dit qu'il existe un état d'anorexie mentale chez un sujet, lorsque « sous l'influence d'une représentation mentale le malade prend le dégoût de toute espèce d'alimentation et parvient à inhiber en lui la sensation physiologie de la faim » (DEJERINE).

C'est une maladie d'observation plus fréquente chez les jeunes femmes et les jeunes filles, surtout de constitution névropathique.

On peut rapprocher l'anorexie mentale des névroses dysphagiques et même du cardiospasme idiopathique (Thèse de MINOT 1939).

Une autre forme d'anorexie mentale existe, à laquelle on fait peu attention, c'est la phobie de l'aliment chez certains malades auxquels on a prescrit des régimes réduits et qui arrivent à des états de sous-nutrition intense, en exagérant eux-mêmes les prescriptions de leur médecin ; c'est surtout chez les hypertendus que l'on aura menacés d'accidents que l'on pourra en observer certains cas.

C'est à un médecin de Saint-Etienne en Forez,

NAUDEAU, que revient, semble-t-il, le mérite d'avoir en 1789 publié le premier cas d'anorexie mentale. Cet auteur rapporte dans le « *Journal de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie* » une observation de « maladie nerveuse accompagnée d'un dégoût extraordinaire pour les aliments ». En réalité ce n'est que dans la deuxième moitié du dix-neuvième siècle que l'anorexie mentale devint l'objet de nombreux travaux et communications.

La description clinique de ce syndrome fut définitivement fixée dès 1873 par LASÈGUE dans une de ses remarquables « Etudes médicales ». L'évolution des idées s'est faite essentiellement au sujet de la pathogénie; il faut en distinguer trois étapes :

Dans une première période, la vogue considérable de l'hystérie, fait que l'anorexie mentale est considérée comme une des manifestations fréquentes de cette névrose. En 1859, BRIQUET mentionne une anorexie d'origine nerveuse dans son traité de l'hystérie. GULL, en 1868, signale à Oxford « l'asepsia hysterica ». En 1883, HUCHARD insiste sur le fait que « l'anorexie est entretenue par un état mental particulier » et crée la dénomination, aujourd'hui admise, d'anorexie mentale. Ainsi, pendant toute la fin du dix-neuvième siècle, l'anorexie mentale semble surtout intéresser les auteurs par la contribution qu'elle peut apporter à l'étude de l'hystérie, objet de toutes les faveurs.

Puis la vogue de l'hystérie diminue. Sous l'influence de SOLLIER, en 1909, à la Société de Neurologie de Bruxelles, de DEJERNIE en 1911 dans « les manifestations fonctionnelles des psychonévroses », de SÉGLAR, de BABINSKI, enfin, dont l'opinion est formulée dans la thèse de RAIMBAULT, l'anorexie mentale se libère pour une grande part de l'emprise de l'hystérie.

Enfin une troisième période, est celle où l'on distingue la responsabilité des glandes endocrines dans l'apparition de ce syndrome. Déjà en 1895, REGIS, au Congrès de Bordeaux, insistait sur l'influence de la puberté et proposait l'appellation « d'anorexie cachectique de la nubilité ». En 1914, SIMMONDS fixe les traits de la cachexie hypophysaire. A la suite de cette description, certains auteurs sont frappés par la ressemblance de cette maladie avec l'anorexie mentale et proposent de les grouper toutes deux en un unique syndrome d'origine endocrinienne.

Dernièrement, LOEPER et René FAU défendent l'autonomie de l'anorexie mentale et précisent les nuances cliniques qui permettent de la distinguer de la maladie de SIMMONDS.

Nous rappellerons d'abord la symptomatologie de la maladie de SIMMONDS.

C'est une maladie qui se voit habituellement chez

les femmes ou les jeunes filles. La maladie apparaît le plus souvent à l'âge moyen de la vie, mais elle peut se voir dans l'enfance et dans l'âge mûr.

Le facteur déterminant le plus important est la grossesse, surtout lorsqu'elle est compliquée ou que l'on a affaire à une multipare.

Cette maladie qui a en général un début rapide caractérisé par :

- Des modifications de l'aspect morphologique;
- Des altérations de la peau et des phanères;
- Des modifications des comportements physique, psychique et génital.

1°. — Ce qui frappe lorsqu'on est en présence d'un tel malade, c'est la cachexie, la maigreur, qui est le signe essentiel. C'est une maigreur portant sur le panicule adipeux en totalité, elle est rapidement progressive, rapide et globale.

Elle évolue au taux de 500 grammes à 1 kilogramme par semaine; elle peut devenir très importante puisque des pertes de poids de 20 kilos à 30 kilos sont courantes. Toutes les régions du corps participent à cette fonte générale de l'individu, mais les examens histologiques ont montré que la graisse est encore présente dans les muscles alors que l'état squelettique du sujet fait présager une disparition totale des lipides. Comme la montré GAYET, il y a splanchnomicrie s'op-

posant à la splachnomégalie qui s'observe chez les animaux après l'injection des fortes doses d'extrait de lobe antérieur.

A l'amaigrissement s'associe un symptôme très particulier : l'anorexie, elle est spéciale :

— début brusque chez un sujet en bonne santé, sans antécédents dyspeptiques ou gastriques;

— intensité très grande, si bien que BICKEL a pu dire qu'elle était l'homologue inverse de la soif impérieuse des polyuries insipides.

Souvent ces malades veulent cacher à leur entourage leur anorexie et dans ce but usent de multiples stratagèmes.

De plus ils peuvent avoir des vomissements, de la pesanteur post-prandiale; la plupart du temps à une diminution de l'acide chlorhydrique.

2°. — *Modifications de la peau et des phanères* : la peau devient très mince, sèche, parfois écailleuse, ridée, flétrie. Le visage et le cou, sillonnés de rides, donnent à des sujets pourtant jeunes, un aspect paradoxal; parfois il y a pigmentation brunâtre siégeant surtout aux plis de flexion.

La perte des poils pubiens et axillaires est presque constante; lorsqu'ils persistent ils prennent le type sénile. Les cils, les sourcils, la barbe sont non seulement dégarnis, mais dépigmentés. Signalons aussi

les altérations fréquentes des dents, qui tombent sans gingivite ni carie.

3°. — Au point de vue du comportement physique, le fait capital est l'asthénie. Ce sont des malades lents, paresseux; cette asthénie n'est d'ailleurs pas proportionnelle à l'amaigrissement.

4°. — Le comportement psychique et intellectuel est aussi troublé : parole lente et monotone, faciès immobile inintelligent; diminution de l'activité intellectuelle; souvent somnolence.

Mais souvent le tableau est dominé par les troubles de l'affectivité : soit hypocondrie, mélancolie; soit accès maniaques, soit simple hypersensibilité.

6°. — Enfin, symptômes importants, presque constants : troubles de la fonction génitale consistant en dysménorrhée et surtout aménorrhée, survenant chez une femme qui souvent était normalement réglée, et qui parfois précède le syndrome cachectique, prouvant ainsi qu'il n'en est pas la simple conséquence.

Chez l'homme il y a frigidité, parfois atrophie des testicules, atrophié des vésicules séminales, de la prostate.

Accessoirement il se joint aux divers syndromes examinés un syndrome vasculo-végétatif :

Tension artérielle diminuée à 7,8 pour la maxima, 5-6 pour la minima; pouls lent, 50 à 60 pulsations.

Mais fait important, dans la grande majorité des cas la température reste normale, caractère important pour différencier au début ce sujet amaigri, d'un bacillaire.

Les autres symptômes sont ceux que l'on peut observer dans toute affection hypophysaire :

— acromégalie, nanisme, infantilisme;

— altérations métaboliques :

— parfois association de diabète insipide prouvant le trouble du métabolisme de l'eau.

— souvent hypoglycémie à jeûn; avec sensibilité exagérée à l'insuline.

— abaissement de 10 à 30 % du métabolisme basal.

Habituellement altération des autres glandes : thyroïde, parathyroïde, surrénales, pancréas; mais surtout comme nous l'avons dit : atteinte des ovaires et des testicules.

L'évolution se fait lentement vers la mort; MAY et ROCERT ont pu les décrire ainsi : « Profondément émaciés, vieillis avant l'âge, incapables d'efforts, ces sujets traînent une existence lamentable et c'est à peine un vivant que la mort vient délivrer ».

Parfois sous l'influence du traitement antihypophysaire la guérison survient, soit définitive, soit quelquefois malheureusement temporaire.

L'anatomie pathologique montre qu'il existe souvent des lésions très spéciales dont la plus caractéristique est l'atrophie du lobe antérieur de l'hypophyse. Pour la plupart des auteurs il s'agirait d'une sorte d'insuffisance hypophysaire secondaire à l'hypertrophie contemporaine de la grossesse.

Macroscopiquement la glande pèse environ 20 à 30 grammes à peine la moitié de son chiffre normal.

Histologiquement on trouve parfois une sclérose atrophique parfois l'hypophyse est intacte.

Le traitement surtout actif au début, consiste en injections intra-musculaires d'extraits actifs de lobe antérieur d'hypophyse. Il doit être poursuivi longtemps et l'on aura avantage à y associer les autres opothérapies; suivant les glandes atteintes.

Ainsi décrite et délimitée la maladie de SIMMONDS est une maladie rare dont il y a peu de cas dans la littérature.

Nous décrirons maintenant les caractères principaux de l'anorexie mentale, psychique, en insistant sur les nuances cliniques qui nous serviront à la différencier d'avec la Maladie de SIMMONDS, et à en prouver l'autonomie que certains auteurs auraient voulu lui enlever.

Le début est en général insidieux, lent. La plu-

part du temps chez des jeunes filles de 15 à 20 ans, et souvent chez l'enfant unique, choyée, très entourée.

En général il s'agit d'une jeune fille bien portante qui réduit progressivement son alimentation; soit en refusant de prendre certains mets, soit en réduisant globalement sa ration alimentaire.

D'autres fois il s'agit d'un régime suivi trop strictement ou pendant trop longtemps.

Parfois il y a une cause déterminante ou favorisante : soit une période de surmenage, soit un choc affectif, une émotion sentimentale (chagrin d'amour et psychose de Mlle PASCAL), ou bien un interrogatoire patient et approfondi parvient quelquefois à en faire avouer la cause; souvent on pourra noter chez ces jeunes malades une tentative de chantage sur leur entourage; ou bien ce sera un souci esthétique poussé à l'extrême, jeune fille voulant garder « la ligne » et provoquant un véritable état psychopathique aigu, que les Américains ont décrit sous le nom de gordophobie.

On peut ainsi rapprocher l'anorexie mentale des névroses dysphagiques et même du cardiospasme idio-pathique (Thèse de MINOT 1939).

Interrogé sur sa conduite, la jeune fille invoque les excuses les plus futiles. Si l'on insiste, elle dit ne pas trouver son état anormal, elle affirme n'avoir pas besoin ni possibilité de manger, « elle n'a pas faim ».

Elle reste insensible aux prières, aux supplications ou aux menaces. Ou bien elle donnera une apparence d'alimentation, et alors elle deviendra une mythomane ou fera de la pathomimie; elle cherche à gagner du temps, à apaiser la surveillance, à la tromper, à éviter les discussions qui lui sont désagréables. Elle se livre très peu; elle a une tendance nette à la dissimulation, à la fraude, surtout par un certain besoin de susciter l'intérêt, de se poser en victime devant l'incompréhension familiale.

Son entourage s'inquiétera, la conduira à un médecin, puis devant la résistance de cette anorexie à toute thérapeutique banale, à d'autres. Mais la malade semble, assez heureuse de l'intérêt porté à sa maladie, et par suite elle aura tendance à exagérer cette maladie et à réduire encore son alimentation. Un tableau encore plus particulier se trouve réalisé par la macropsie : l'anorexique se trouve énorme, bouffie; elle trouve les membres de sa famille trop gros, mangeant trop.

On retrouve donc bien, dans la plupart des cas un terrain psychique, spécial à l'origine de ces troubles et pouvant aller jusqu'à une débilité mentale constitutionnelle nette.

Mais les troubles digestifs occupent dans l'histoire de l'anorexie mentale une place importante.

Ce sont des troubles qui commencent avec le début de la maladie. Tantôt ce sont des troubles dyspeptiques ou que l'on pourrait rattacher à une appendicite chronique, tantôt ils pourraient être pris pour un ulcère du pylore, une colite spasmodique, ou une cholécystite.

Les vomissements sont très fréquents, souvent provoqués par la malade au début pour évacuer l'aliment qu'on l'a forcé à prendre, ils deviennent par la suite spontanés et peuvent simuler une sténose du pylore.

Mais ces troubles digestifs sont fonctionnels non organiques. La radiographie n'a jamais pu en confirmer l'existence et les interventions, lorsqu'elles ont été pratiquées, n'ont pas amenés de guérison, ni même d'amélioration. Ces malades à la suite de multiples opérations inutiles, deviennent, comme disait DIEU-LAFOY : de véritables balafrés.

Mais il faut insister sur ces troubles digestifs car ils ont pu inciter certains médecins, résistants devant leur nature, à faire réduire encore une ration alimentaire déjà très suffisante.

La conséquence de cette anorexie et de ces troubles digestifs sera un amaigrissement, continu, progressif, parfois très intense, pouvant être aussi accentué que celui de la maladie de SIMMONDS.

Mais contrastant avec cet amaigrissement affolant,

et s'opposant à la lenteur, la somnolence, la paresse de la maladie de SIMMONDS, la malade atteinte d'anorexie mentale est euphorique. A l'anxiété de ses parents elle oppose une heureuse tranquillité. Et pour prouver qu'elle se sent très bien, pour donner un démenti à ses parents, elle déploie une activité intense, anormale. Elle pratique des sports qu'elle ne connaissait pas encore, elle se livre à de nombreux travaux; toujours en action et en mouvement elle ne ressent aucune fatigue, elle dort peu et se repose rarement.

Puis la peau et les phanères sont atteints. Plus importante est l'aménorrhée, à peu près constante et totale. Certaines de ces malades n'ont jamais été réglées, leur anorexie et leur amaigrissement s'étant installés à l'époque de la puberté, ou bien elles ont vu disparaître progressivement leurs règles alors que s'installaient les troubles de l'état général, tandis que dans la maladie de SIMMONDS il s'agit d'un arrêt des règles. Elles ont été soumises à des traitements opothérapiques prolongés sans résultat appréciable avant que l'attention fut suffisamment attirée sur leur anorexie.

La question est alors de savoir s'il s'agit là d'une simple réaction de défense ou « une manifestation de carence glandulaire d'origine alimentaire » comme le pensent LOEPER et René FAU, ou comme le pensent certains est-ce l'insuffisance ovarienne le point capital du syndrome ?

Il est à noter que les règles peuvent reparaître sous la seule influence de l'alimentation et l'amélioration de l'état général. Ce fut le cas d'un malade de LOEPER qui ne reçut aucun extrait hypophysaire et très peu de prolan et qui guérit.

Il y a, comme dans la maladie de SIMMONDS un syndrome vasculo-végétatif :

Tension artérielle abaissée, et abaissement du métabolisme basal, parfois important; mais Marcel LABBÉ et STÉVENIN ont observé cette diminution à un degré très marqué chez les jeûneurs. On ne peut donc pas considérer l'abaissement du métabolisme basal comme un signe d'insuffisance hypophysaire.

STÉVENIN a cherché à voir les modifications de la réaction d'Aron (test qui consiste à mettre en évidence l'état fonctionnel de l'hypophyse par les modifications histologique que subit la thyroïde inactive du jeune cobaye injecté avec l'urine du sujet à examiner.

Dans deux cas d'anorexie mentale (observations 3 et 4) très caractérisés la réaction d'Aron a été modifiée dans le sens de l'augmentation; l'interprétation en est assez difficile, mais ce résultat ne s'accorde pas de toutes manières avec la supposition d'une insuffisance hypophysaire.

Dans deux autres cas (observations 1 et 2) la réaction d'Aron était diminuée ou nulle, mais il faut re-

marquer qu'il ne s'agissait pas vraiment d'anorexie mentale, mais surtout de syndromes endocriniens polyglandulaires avec probabilité d'un certain degré d'insuffisance hypophysaire, mais sans que celle-ci fut prédominante. Les troubles nerveux si habituels dans les syndromes endocriniens prenaient dans ces cas, comme il arrive souvent la forme d'anorexie mentale, mais celle-ci était légère et a disparu facilement à la suite de la réalimentation.

STÉVENIN conclut alors que dans des cas semblables il paraît difficile de parler de maladie de SIMMONDS fruste, comme sont enclins à le faire beaucoup d'auteurs; et qu'il serait aussi juste *de* donner ce nom d'une manière générale à tous les cas d'insuffisance hypophysaire que démontre l'existence d'une réaction d'Aron dénommée, en particulier les cas, assez fréquents, où l'insuffisance hypophysaire accompagne l'aménorrhée et probablement la détermine.

L'évolution de cette anorexie mentale abandonnée à elle-même ou mal soignée se fait comme dans la maladie de SIMMONDS vers la cachexie progressive et la mort; certaines infections intercurrentes dues à la diminution de la résistance, souvent la tuberculose, pouvant hâter l'acheminement fatal.

Dans la malade de SIMMONDS, si la médication hypophysaire donne des résultats heureux, parfois elle

ne répond pas à l'espoir que l'on pouvait fonder sur elle.

Dans l'anorexie mentale on peut guérir sans médication hypophysaire; d'autre part dans les formes prises pour des cas frustes d'hypofonctionnement hypophysaire, et guéries par la médication hypophysaire. La plupart du temps est entré en jeu la cure : l'isolement et la réalimentation progressive, médications extrêmement importantes de l'anorexie mentale.

Insistons sur le fait que l'opothérapie hypophysaire seule n'a pas d'action sur l'anorexie; si l'opothérapie hypophysaire suffit à guérir la cachexie hypophysaire, elle ne connaît que des échecs dans les cas de maigreur par anorexie mentale. Ceci est un argument de plus pour ne pas accepter d'emblée sous le titre « maigreur hypophysaire » la maigreur de l'anorexie mentale.

Le traitement de l'anorexie mentale ainsi envisagée devra comporter différents éléments.

Les 3 facteurs fondamentaux seront :

- l'isolement;
- la réalimentation;
- la psychothérapie.

L'isolement est la première chose à savoir exiger de la famille. C'est une méthode classique depuis 1887 où CHARCOT dans une de ses leçons rapporte le cas

d'une jeune fille agonisante que l'on parvint à réalimenter, après de multiples essais, le jour seulement où il fut possible de l'isoler. Il faut donc ordonner l'éloignement du milieu familial. Le traitement sera contrôlée rigoureusement et constamment par le médecin.

La réalimentation doit être aussitôt tentée. Elle sera progressive et surveillée. On donnera d'abord du lait par cuillères à café toutes les cinq ou dix minutes.

Puis on augmentera rapidement les rations pour atteindre 4 à 5 litres en une dizaine de jours. A ce moment on reprendra alors une alimentation normale.

La psychothérapie est le point le plus délicat du traitement. Il faudra se montrer ferme, éviter de se laisser duper et d'entrer en conflit avec l'anorexique. Comme dit CHARCOT la malade doit *sentir* que le médecin est devenu « le maître ».

Cette psychothérapie revêtra des formes diverses suivant les cas.

Dialectique vis-à-vis des malades conscients ou irresponsables elle leur montrera l'utilité des remèdes. Selon R. DUBOIS on doit « ajouter à la persuasion et à la parole entraînante une douce contrainte morale ». Il s'agira de représenter l'état contraire comme agréable, possible et prochain. Il faudra faire appel aux

arguments d'expérience et de raison, communiquer son optimisme comme une certitude tout en partageant la disgrâce actuelle avec émotion.

Quand l'anorexie est plus ou moins volontaire, qu'elle s'accompagne de mythomanie, il faudra refuser de croire à la feinte, il faudra éluder le piège et en supprimer les moyens, ce qui sera d'ailleurs facilité par l'isolement préalable. Dès la capitulation du mythomane il faudra feindre soi-même d'attribuer la guérison à un moyen quelconque employé pour les besoins de la cause, et voiler le succès thérapeutique sous une confiance aussi utile au malade qu'au médecin. A la faveur de cette méthode, ultérieurement, l'aveu de mensonge devra être obtenu sous peine de récédive.

Dans le cas extrême de désordre mental, la psychothérapie s'imposera sans discussion ou subconscient. On peut réfuter directement les idées de persécution, d'indignité ou de suicide.

La contrainte physique, avec alimentation à la sonde est une ultima ratio à laquelle on ne recourra qu'en cas d'urgence absolue (BENON) 2 fois par 24 heures chez les nourrissons sevrés. Chez l'adulte on peut y suppléer par des lavements au sérum glucosé. Si l'on recourt au gavage per os, il y a lieu d'introduire parfois la sonde jusqu'au duodénum.

En plus de l'isolement et de la réalimentation, le trait psychique sera complété par :

— l'opothérapie qui devra être associée, étant donné la constance de l'aménorrhée dans les symptômes de l'anorexie mentale.

— les apéritifs avant les repas consisteront suivant les cas, en médications amères, teinture de Colomb, de noix vomique, infusion de petite centaurée, etc..., ou acide chlorhydrique officinal 3 ou 5 gouttes diluées dans un julep ou opothérapie (suc gastrique, dyspeptine).

— les alcalins (MATHIEU) et les eupeptiques peuvent être préconisés après les repas : citrate de soude en cas de régime lacté (CARNOT) à la dose d'une demi-cuillerée à café par tasse; pepsine en paillettes 0 gr. 50 en cachets; pancréatokinase.

— s'il y a lieu d'amender des spasmes ou de calmer un éréthisme nerveux généralisé on recourra à la belladone (1 centigramme d'extrait ou de poudre pour une dose, 1 à 2 fois par 24 heures), ou à l'opium (laudanum de Sydenham 4 à 5 gouttes par dose, ou extrait thébaïque associé à la glycérine (RODIET) ou morphine (DUBOIS DE SAUJON) ou codéïne (G. DUMAS). La pilocarpine a rendu des services chez les sympathicotoniques (DUMAS).

L'hydrothérapie consistera en bains chauds et

courts chez les anxieux (HOUBINOVITCH) en douches courtes fraîches (SOLLIER) ou tièdes (BALLET) suivant que les sutures sont atones ou surexcitées. L'hydrologie varie suivant les états : cures arsenicales (LA BOURBOULE), salines (Salis de Béarn, Brides les Bains) ferrugineuses, radio-actives (Néris).

Ainsi conçu le traitement donne généralement de bons résultats. Le poids augmente rapidement, parallèlement à l'importance des aliments ingérés. Les modifications de l'état mental, le désir de guérir, le retour des règles, sont d'excellents éléments de pronostic. Le traitement doit être appliqué assez longtemps : au bout de 2 à 3 mois on peut considérer la malade comme guérie. Si bien que le pronostic immédiat de l'anorexie mentale est bon si une thérapeutique avisée est précocement mise en œuvre. Cependant si l'intervention médicale est trop tardive, l'évolution peut-être mortelle dans 13 % des cas, dit-on. On admet en général qu'une diminution de poids de 50 % implique un pronostic fatal.

Quel sera l'avenir de tels malades ?

La guérison définitive est fréquente. C'était l'opinion de LASÈGUE qui tenait les rechutes pour exceptionnelles. DEJERINE au contraire, soutenait la fréquence de la réapparition du syndrome. SEGLAS pensait qu'il était prudent de formuler de grosses réserves

pour l'avenir « après l'anorexie, disait-il, reste l'état mental qui en a été l'origine » et on est en droit de se demander si dans certains cas cet état mental ne serait pas susceptible d'évoluer pour se caractériser sous des formes vésaniques quelconques dont l'anorexie n'aurait été qu'un prodrome. Et parmi ces formes qu'y aurait-il d'étonnant à rencontrer la démence précoce ;

L'évolution vers la démence précoce a été en effet rapportée dans quelques observations dont une de Robert DUBOIS présentée en 1913 à la Médico-Psychologique.

L'apparition ultérieure d'un délire chronique ou d'une cyclothymie caractérisée, également possible, indique combien il est nécessaire d'étudier soigneusement non seulement les manifestations cliniques de l'anorexie mentale mais aussi le terrain qui a permis son éclosion.

Nous joignons à cet exposé quelques observations que nous empruntons à STÉVENIN et R. GAUBE. Les deux premières montrent les symptômes que l'on constate dans une maladie qui révèle un hypofonctionnement de l'hypophyse, mais qui n'est pas l'anorexie mentale.

OBSERVATION I

Bernadette P..., dix-sept ans, nous est envoyée de province parce que depuis trois ans elle présente :

— Une asthénie, apparue progressivement, ayant augmenté au point d'empêcher tout travail;

— Une anorexie globale;

— Un amaigrissement régulier et progressif : le poids était en janvier 1936 de 47 kilogrammes. Il est le 21 mai de 43 kilos 300.

Il y a eu un accroissement important de la taille au cours de ces trois dernières années. De l'aménorrhée, traitée par des extraits placentaires, il y a eu deux ou trois fois quelques gouttes de sang. Troubles digestifs assez marqués : ballonnement abdominal après le repas, aérophagie, brûlures, diarrhée persistante, avec trois selles par jour, avec glairés, et quelque alternances de constipation.

En outre, vers 5 ou 6 heures du soir, il y aurait des frissons, sueurs et légère ascension thermique. Il faut noter que cette jeune fille vit toute l'année à la campagne, désœuvrée et souffrant, semble-t-il, de son isolement.

De nombreux traitements médicamenteux ont été essayés depuis le début de ses troubles; arsenic, phosphore, extraits hépatiques buvables, enfin folliculine.

L'examen somatique est entièrement négatif.

Pouls à 96, T. A. 10 1/2-5. Réflexe oculo-cardiaque 96-84-96.

Radiographie de la selle turcique et examen du fond d'œil normaux.

Réaction de B. W. négative. Cholestérolémie : 13 gr. 71. Glutathion réduit du sang : 150 mg. Métabolisme basal : 6 %.

Test hypophysaire d'Aron (thyroïde) diminué.

La malade est prise dans le service le 7 juin 1937. Son poids est alors de 41 kg. 400. Elle est mise au régime normal et reçoit, outre de la solution de Bourget, simplement une injection intramusculaire tous les deux jours de chlorhydrate de cystéine.

Dès les premiers jours la malade s'alimente beaucoup mieux, elle n'accuse plus aucun trouble digestif, son état mental est satisfaisant, elle est plus gaie et réclame sa sortie. Le 16 juin, poids : 42 kg. 100. On ajoute deux injections par semaine de bēnzoate de folliculine. Le 26 juin, poids : 43 kg. 800; T .A. : 12-7 1/2. Bon état général. La malade sort pour continuer à se soigner chez une parente à Paris.

Revue le 9 juillet. Elle continue à manger avec appétit et a engraisé de 800 gr. depuis sa sortie. Vers le 6 juillet elle a eu pendant un jour et demi quelques pertes sanglantes.

OBSERVATION II

Mlle P... dix-neuf ans, consulte en avril 1933 pour anémie et troubles du développement apparus à l'âge de treize ans, elle n'a pas encore été réglée.

Anorexique, nerveuse, insomniaque.

Aspect d'une enfant de quatorze à quinze ans, pèse 32 kg. 850 avec une taille de 1 m. 44. Examen : pouls 72. T. A. : 10-5, 8. Métabolisme basal : 11 %.

En mai 1933 : 31 kg. 900. T. A. : 9 1/2-7.

En juin 1933 : aucune amélioration : 32 kilogrammes, s'alimente peu; anorexique, gênée après les repas, mélancolique.

Traitée par extraits de lipoïdes spléniques et génésérine.

En octobre 1933 : 33 kg. 600. En 1934, le développement des caractères sexuels secondaires s'accroît, mais toujours pas de règles.

Octobre 1934 : 40 kg. 900, état général plus satisfaisant.

Octobre 1935 : glutathion réduit du sang : 86 mg. Métabolisme basal : + 7 %.

Test hypophysaire d'Aron : thyroïde normale ou légèrement diminuée; ovaire normal.

A ce moment, l'anorexie, les troubles nerveux et digestifs ayant cédé sous l'influence d'un traitement portant sur les troubles digestifs et nerveux, on reprend le traitement endocrinien qui était resté antérieurement sans effet (antéhypophyse, folliculine, extrait cortico-surrénal, cystéine). Les règles apparaissent après une série de cystéine. Un traitement de plusieurs mois est encore nécessaire pour qu'elles apparaissent régulièrement. Elles ont été ensuite normales sans traitement.

Les deux observations suivantes sont des observations d'anorexie mentale montrant leurs troubles caractéristiques.

OBSERVATION III

Mlle B... dix-huit ans, consulte en mars 1937 parce qu'elle présente depuis plusieurs mois des troubles nerveux, manque d'appétit et amaigrissement progressif. En novembre 1935, elle pesait 49 kg. 500, en mars 1937, 44 kilogrammes.

Troubles digestifs : gêne après les repas. Aérophagie. Pas d'asthénie.

Aménorrhée : les dernières règles datent de juin 1935. A la suite d'un traitement par le benzoate de folliculine quelques gouttes de sang sont apparues, avec un peu de gonflement des seins, mais l'amaigrissement paraît s'accroître depuis lors.

Un peu d'acrocyanose et de sécheresse de la peau.

T. A. : 9-7. Réflexe oculo-cardiaque : 60. 36. 60.

Traitement : on conseille d'insister pour l'alimenter; suc gastrique de porc, poudres absorbantes, crataegus et passiflore, cesser la folliculine.

2 avril 1937, a encore maigri de 1 kg. 500. Malgré les efforts de ses parents, on n'arrive à l'alimenter que très difficilement : elle déclare qu'elle n'a pas faim, qu'elle est gênée par les aliments. Métabolisme basal : 41 %.

12 avril : poids stationnaire, 40 kilogrammes; on arrive à l'alimenter un peu plus.

Test hypophysaire d'Aron (thyroïde) augmenté.

24 mai : poids 44 kilogrammes; on est arrivé à l'alimenter davantage en la menaçant d'interrompre ses études, auxquelles elle tient beaucoup.

T. A. : 9 1/2-7, très vagotonique; réflexe oculo-cardiaque : 72. 36. 72.

Les règles n'ont pas réapparu, mais il y a eu quelques phénomènes douloureux avec gonflement des seins.

Traitement : hématorporphyrine injectable.

23 juillet : depuis quelque temps elle fait plus de difficultés pour manger et a à nouveau maigri : 41 kg. 700. Vagotonie toujours très marquée : 72. 36. 72.

Traitement : lécithine injectable et hématorporphyrine.

Après quelques mois passés dans une maison de santé, en dehors du milieu familial, elle a repris son poids normal, s'étant alimentée convenablement.

OBSERVATION IV

Mlle Ch... quatorze ans et demi. Amenée aux Enfants-Malades en août 1936 parce que, depuis un an, elle a beaucoup maigri et n'est plus réglée depuis quelques mois.

Etait normale jusqu'à l'âge de treize ans; elle a pesé jusqu'à 50 kilogrammes; les règles étaient normales, apparues entre onze ans et demi et douze ans.

L'amaigrissement a été rapide : elle a perdu en un an 16 kilogrammes et pèse à ce moment 33 kilogrammes.

Peau sèche, rugueuse, brunâtre. Aucun appétit, mais pas de dégoût pour les aliments sucrés. Paraît normale au point de vue mental, assez sociable.

Métabolisme basal : — 26 %.

Glycémie à jeûn : 0 gr. 55.

Mise au régime normal, sans surveillance, elle a engraisée un peu, mais sa mère l'a emmenée dès la fin du mois d'août.

Revue à Beaujon en novembre 1936, elle a encore perdu quelques kilos : pèse à ce moment 30 kilogrammes. Radiographie de la selle turcique normale.

Test hypophysaire d'Aron (thyroïde) le 26 novembre 1936 : très augmenté; le 15 décembre 1936 : augmenté.

Mise à l'alimentation surveillée, accroissement rapide de poids les premiers jours, mais ensuite apparition de troubles psychiques à type mélancolique; elle raconte alors qu'elle voulait maigrir et cachait ses aliments. Son état mental nécessite son passage dans un service spécial.

Il faut ajouter que ses antécédents sont très chargés : père aliéné. Mère névropathe, anxieuse et préoccupée constamment que son enfant ne mange trop. Une sœur mariée a de gros troubles psychiques, exhibitionniste.

CONCLUSIONS

I. — Tous les cas d'anorexie mentale ne peuvent être ramenés à l'existence d'un syndrome hypophysaire.

II. — L'existence d'une étiologie organique hypophysaire est généralement déduite par les auteurs du fait de la régression des phénomènes pathologiques devant la médication hypophysaire.

III. — Dans l'anorexie mentale idiopathique, à base essentiellement psychiatrique, la médication hypophysaire seule n'a aucune action.

IV. — Le seul traitement rationnel consiste en une cure d'isolement accompagnée d'un traitement rééducatif de l'appétit, d'une cure de réalimentation progressive et surveillée.

V. — Un traitement psychothérapique ultérieur s'avère fréquemment indispensable pour obtenir un équilibre définitif de l'état mental de ces malades.

Vu

Le Doyen :
TIFFENEAU

Vu

Le Président de la Thèse :
LAIGNEL-LAVASTINE

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

ANOREXIE MENTALE

- AUBRY, THIODET, RAYNAUD et Mlle ODRY. — Un cas d'anorexie mentale. (*Sté de Md. d'Alger* Sce du 17 mai 35, in : *Algérie med.*, Sept. 1935).
- AUGIER (P.) et COSSA (P.). — Anorexie mentale et anté-hypophyse. (*Le Journ. méd. franç.*, t. 25, n° 10, Oct. 1936).
- AZERAD (E.). — Maigreux hypophysaire, forme atténuée du syndrome de SIMMONDS, essai thérapeutique. (*Rev. franç. d'Endocrinologie*, n° 5. Oct. 1937).
- BARUK (H.). — L'anorexie mentale et les névroses dysphagiques. (*Cliniques et Laboratoire*, n° 8, 20 Oct. 1934).
- BIRLEY (J.-L.). — Anorexia Nervosa. (*St Thomz's Hosp. Gaz.* 34 : 204-208. Déc. 1933).
- BIRNIE. — Anorexie nerveuse traitée par hypophyse en clientèle privée. (*The Lancet*, n° 5910, 5 Déc. 1936).
- BRONSTEIN (A.-J.) et CHURITOVA (E.-A.). — The dependence of time taken to restore the initial exci-

tability of the hearing apparatus upon the pitch of the acting tone. (*Bull. de Biol. et de Med. exp. de l'U. R. S. S.*, vol. 1, n° 6, 1936).

CAHANE (M.). — Le rôle du métabolisme du chlore dans l'anorexie et la stitiophobie de certains malades. (*Ann. med. psychol.*, 93 : 193-196, Feb. 1935, pt. I).

CALDER. — Cachexie pituitaire traitée par l'extrait pituitaire antérieur. (*The Journ. of the Amer. Med. Assoc.* t. XCVIII, n° 4, 23 janv. 1932, p. 314).

CHARCOT. — Œuvres complètes., t. III.

LEMONS (M. DE). — A greve da forme de Gandhi je Sen aspeto medico legal a filo sofico. (*Rev. med. cir do Brasil*, 41 : 235-244. July. Aug. 1933).

DONNADIEU. — Anorexie mentale. (*Thèse de Bordeaux*, 1931).

FARQUHARSON (R.-F.) et HYLAND (H.-H.). — Anorexia nervosa metabolic disorder of psychologic origin. (*J. A. M. A.*, III : 1085-1092, 17 Sept. 38).

CERNEZ (C.). — Deux cas de maladie de Simmonds dont l'un traité avec succès par l'opothérapie depuis 3 ans. (*Sté de Med. du Nord. Sce du 23 Décembre 1938*, in : *l'Echo med. du Nord.*, 15 Fév. 1938, n° 3, p. 89).

GUNEHIER STRAUBE. — Thérapeutique de la maladie de Simmonds. (*Klin. Woch.* t. 17, n° 29, 16 juillet 1938, p. 1016-1017, in : *Presse med.*, n° 5, p. 9, 18 janv. 1939).

HELLENTHAL. — Traitement de la cachexie de Simmonds.
Munch. Mediz. Wochens., 7 août 1936, p. 1312).

HERMANN (K.). — Therapeutic results in cases of Simmonds disease. (*Gyogyaszat*, 75 : 346-19, May. 35, 368, 26 May 35 et 382 : 2 June. 1935).

HILAROWICZ et SENIAWSKI. — Cachexie hypophysaire de Simmonds; traitement chirurgical. (*Polski. przeglad chir.*, t. 16 f. sc. 4 1937).

KYLIN (E.). — Simmonds' disease succesfully treated by transplantation of pituitary. (*Svenska lak tidning*, 33 : 1009-1014, 10 July 1936).

LABICHE (A.). — Contribution à l'étude de l'anorexie mentale. (*Thèse de Paris à Legrand*, 1934).

LUCKE. — Cachexie hypophysaire et insuline, p. 1898.
(*Klin. Wochens.*, XI : n° 48, 26 novembre 1932).

GOVERN (B.-E. Mac). — Somnolence associated with pituitary cachexie case report of patient who responded to pituitary treatment. (*Endocrinology*, 56 : 402-408, July. Aug. 1932).

MENZEL (W.). — Traitement de la cachexie hypophysaire. (*Munch. Med. Wochens.*, t. 84, n° 25, 18 juin 37, in : *Presse méd.*, n° 15, 19 Fev. 1938).

MOLLARET (P.) et PERON (N.). — Anorexie mentale à forme grave. Nécessité vitale de la cure d'alimentation. (*Présent. faite au cours Bull. et Mém. de la Sté des hôp. de Paris*. Sce du 25 nov. Sce du 2 déc. 38, n° 33, 12 déc. 1938, p. 1.717).

- NOBÉCOURT. — L'anorexix mentale ou psychique. (*Journ. des Prat.*, n° 20, 19 mai 1934).
- L'anorexie mentale ou psychique. (*Rev. gén. de Clin. et de Thérap.*, 48 : 321-327, 19 May 1934).
- L'anorexie mentale ou psychique. (*La Pédiatrie prat.*, n° 1, 15 janv. 1935).
- OTTONELO (P.). — Contributo alla delimitazione clinica della anoressia mentale. (*Riv. di pat. nerv.*, 50 : 353-386 Sept. Oct. 1937).
- OURY (P.) et GODARD (P.). — La manie de restriction en pathologie digestive. (*Gaz. med. de France*, p. 250-254, 1^{er} avril 1933). *
- PÉRON (N.). — Quelques considérations sur le traitement des anorexies mentales. (*Bull. gén. de thérap.*, t. 187, n° 8, 1936).
- RAU (L.). — Pituitary cachexia (Simmond's disease) treated with anterior lobe extract. (*Lancet*, E : 1502, 29 june 1935).
- RAYMOND et ROUGEAN (M.). — Anorexie mentale et hypophyse. (*Sté méd.-psychol.* Sce du 26 avril 1937, in : *Ann. méd.-psychol.*, n° 4, 4 avril 1937).
- REYE. — Die ersten Klinischen Symptome bei Schwund des Hypophysenvorderlappens (Simmondsche Krankheit und ihre erfolgreiche Behandlung. (*Deut. med. Wchnschr.*, 54 : 696-697, 27 april 1928).
- REYE (E.). — Klinik und Therapie der Simmond's schen

Krankheit und verwandter Zustände. (*Zentr. f. Imu. Med.*, t2 : 946-952, 10 Oct. 1931).

ROGER (H.) et ALLIEZ (J.). — Anorexie mentale infantile et crises de hurlements stéréotypes d'allure pithiatique. (*Cong. des Méd. alién. et neur. de France et des pays de lang. franç. XLI^e session* Nancy, 30 juin-3 juillet 1935, in : *Ann. méd.-psychol.*, n° 2, juillet. 1937, p. 348).

ROSAIR. — Dix-neuf mois de grève de la faim. *The Lancet*, 4 avril 1936, p. 779).

ROSS (C.-W.). — Anorexia nervosa with special reference to carbohydrate metabolism. (*Lancet*, 1 : 1041-1045, 7 May 38).

SCHUPBACH. — Le traitement hormonal de la maladie de Simmonds et des états asthéniques voisins. (*Schweiz. Mediz. Wochens.*, n° 50, 12 décembre 1936, t. 66, in : *Presse méd.*, n° 24, 24 mars 1937).

SCHUPBACH. — Hormonothérapie de la maladie de Simmonds et des états asthéniques voisins. (*Schweiz. med. Wochens.*, n° 50, 12 décembre 1936).

SCUNCK DE GOLDFIEM (J.). — Le traitement phytothérapique de l'anorexie. (*Le Courrier méd.*, n° 31, 1^{er} août 1937).

SHELDON (J.-H.) et YOUNG (F.). — On carbohydrate metabolism in anorexia nervosa. (*Lancet*, 1 : 257-259, 29 Janv. 1938).

STÉVENIN (H.) et GAUBE (R.). — Maladie de Simmonds et

anorexie entale. (*Monde méd.* Paris, 48 : 498-496, 15 avril 1938).

STOERR. — Anorexie mentale. (*Thèse de Strasbourg*, 1932).

TITESCA (R.). — Deux cas d'anorexie mentale chez 2 jeunes filles. (*Le Scalpel*, n° 39, 26 Sept. 1936).

VERZILOVA (C.-V.) et MAGNITZKY (A.-N.). — The influence of faradic stimulation of the brain upon the excitability of a muscle devoid of nerve connections with the centes. (*Bull. biol. et de Med. exp. de l'U. R. S. S.*, vol. 1, n° 6, 1936).

VIDART (L.). — L'anorexie mentale. (*Gaz. d. Hôp.*, n° 53, 3 Juil. 1937).

ZONDEK et KOHLER. — Traitement de la cachexie hypophysaire cérébrale par l'hormone préhypophysaire. (*Mediz. Klin.*, n° 33, p. 1125, 12 août 1932).

Imprimé par R. FOULON
29, rue Deparcieux, Paris xiv^e

